

mous cell carcinoma of the external auditory canal: an evaluation of a staging system, "American Journal of Oncology, 2000, vol. 21, no. 4, pp. 582–588.

3. Ogawa S., Tawara I., Ueno S. et al., "De novo CD5-positive diffuse large B-cell lymphoma of the temporal bone presenting with an external auditory canal tumor," *Internal Medicine*, 2006, vol.45, no. 11, pp. 733–737.

4. Комратова К.А., Абугова Ю.Г., Озеров С.С. др. „Первичная диффузная В-крупноклеточная лимфома центральной нервной системы (клинический случай и обзор литературы)” *ONCOHEMATOLOGY* 1’ 2017. VOL. 12 pp 10-16

5. Suryanarayan K, Shuster JJ, Donaldson SS, Hutchison RE, Murphy SB, Link MP. *Treatment of local-*

ized primary Non-Hodgkin's lymphoma of bone in children: a pediatric oncology group study. *J Clin Oncol* 1999; 17: 456– 9.

6. Tucci D. L., Lambert P. R., Innes D. J. Jr., "Primary lymphoma of the temporal bone," *Archives of Otolaryngology—Head and Neck Surgery*, 1992. vol. 118, no. 1, pp. 83–85.

7. Saito H., Chinzei K., Furuta M., "Pathological features of peripheral facial paralysis caused by malignant tumour," *Acta Oto-Laryngologica. Supplementum*, 1988, vol. 446, pp. 165–171.

8. Korgün Koral, John G Curran, Alexis Thompson "Primary non-Hodgkin's lymphoma of the temporal bone. CT findings" *Clinical imaging* Nov-Dec 2003; 27(6):386-8.

CZU: 616.716.4-006.443

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.2-70.18>

GRANULOM CENTRIC GIGANTO-CELULAR LA MANDIBULĂ: STUDIU CLINIC, RADIOLOGIC ȘI HISTOPATOLOGIC LA 2 CAZURI CLINICE

¹Gheorghe ȚÎBÎRNĂ, acad. prof. univ., ¹Silvia RAILEAN, dr. șt. med., conf. univ.,
¹Egor POROSENCOV, asist. univ., ²Tatiana POROSENCOVA, dr. șt. med., conf. univ.,
¹Roman LUPAN, asist. univ.

¹Catedra de Chirurgie oro-maxilo-facială pediatrică și pedodonție „Ion Lupan”

²Catedra de propedeutică stomatologică „Pavel Godoroja”

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

e-mail: egor.porosencov@usmf.md, gh_tsibirna@yahoo.com, silvia.railean@usmf.md

Programul de Stat: „Chirurgia modernă personalizată în diagnosticul și tratamentul complex al tumorilor la copii” cu cifrul: 20.80009.8007.06 – conducător prof. univ. Gh. Țîbîrnă

Rezumat.

Granulomul centric giganto-celular (GCGC) este o leziune, benignă și proliferativă a maxilarului, cu o etiologie necunoscută. Este considerată pe scară largă a fi o leziune neoplazică. Etiologia actuală a GCGC este încă neclară, deși au fost sugerate inflamații, hemoragii și traume locale. Comportamentul biologic al GCGC al maxilarului variază de la repaus la agresiv cu expansiune distructivă.

Incidența în populația generală este foarte scăzută, iar pacienții sunt în general mai mici de 30 de ani și de gen feminin. În acest studiu, raportăm două cazuri de GCGC la pacienți de 8 ani și de 13 ani de gen feminin tratate chirurgical.

Cuvinte-cheie: granulomul centric giganto-celular, aspecte clinice, aspecte radiologice, aspecte histo-patologice.

Summary: Central giant cell granuloma in the mandibula: clinical, radiological and histopathological study in 2 clinical cases.

Central giant cell granuloma (CGCG) is a benign and proliferative lesion of the jaw, with an unknown etiology. It is widely considered to be a neoplastic lesion. The current etiology of GCGC is still unclear, although local inflammation, bleeding, and trauma have been suggested. The biological behavior of GCGC of the jaw varies from resting to aggressive with destructive expansion. The incidence in the general population is very low, and patients are generally under 30 years of age females. In this study, we report two cases of GCGC in 8-year-old and 13 year old girls treated surgically.

Key-words: central giant cell granuloma, clinical aspects, radiological aspects, histopathological aspects.

Резюме: Гиганто-клеточная центральная гранулома нижней челюсти: клиническое, радиологическое и гистопатологическое исследование в 2 клинических случаях.

Гиганто-клеточная центрическая гранулема (GCGC) – доброкачественное и пролиферативное поражение челюсти неизвестной этиологии. Считается неопластическим поражением. Текущая этиология GCGC все еще не

ясна, хотя предполагалось местное воспаление, кровотечение и травма. Биологическое поведение CGCG челюсти варьируется от состояния покоя до агрессивного с деструктивным расширением. Заболеваемость среди населения в целом очень низкая, и пациенты, как правило, моложе 30 лет женского пола. В этом исследовании мы сообщаем о двух случаях GCGC женского пола 8-летней и 13-летней пациенток вылеченных хирургически.

Ключевые слова: гиганто-клеточная центрическая гранулема, клинические аспекты, радиологические аспекты, гистопатологические аспекты.

Introducere. Granulomul centric giganto-celular (GCGC) se defineşte conform Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (OMS) drept maladie rar întâlnită ce constă predominant din celule gigante care cauzează distrucţie osoasă. Este o tumoare benignă ce constă din ţesut celular fibros ce conţinează multipli focare de hemoragie, agregări de celule gigante multinucleate şi ocazional trabecule de ţesut osos. Etiologia GCGC este neclară dar sunt presupuneri că se formează după o inflamaţie, hemoragie şi traumă locală. Pentru prima dată această tumoare a fost descrisă de Jaffe în 1953 [1-3]. GCGC este un proces patologic relativ neobişnuit, reprezentând <7% din toate leziunile benigne ale maxilarelor. După Neville şi colab. sunt trei teorii controversate a naturii acestei leziuni: este reactivitatea, o anomalie de dezvoltare sau neoplasmul benign [4].

Incidenţa GCGC în populaţia generală este estimată a fi de 0,0001%, 60% din cazuri apărând înainte de vârsta de 30 de ani. Rapoartele de predilecţie de gen sunt variabile, dar majoritatea acestora apar la femei cu un raport femeie/bărbat = 2:1. Cel mai des este afectată mandibula [5].

Comportamentul biologic al CGCG al maxilarelor variază de la repaus la agresiv cu expansiune distructivă [3].

În majoritatea cazurilor, leziunea se prezintă ca o tumefacţie nedureroasă, cu creştere lentă a maxilarului. Intraoral, se poate observa tumefierea cu decolorare maro-albăstrui. Cele mai frecvente acuze sunt durerea, parestezia şi deplasarea dinţilor, ceea ce duce frecvent la malocluzie. Tumefierea duce ca rezultat la asimetria feţei şi dificultăţi în masticăţie [6-8].

Material şi metode. Caz clinic nr 1. S-a adresat pacienta de 8 ani cu acuze la o formaţiune în regiunea mandibulei, erupţia dificilă a dinţilor în zona dată şi mobilitatea dinţilor prezenţi. Din anamneză s-a observat creşterea formaţiunii cu un an în urmă; nu s-au adresat la medic, în ultima lună s-a evidenţiat o creştere mai rapidă a formaţiunii.

Examen Local: Asimetrie facială în etajul inferior al feţei cauzată de deformarea mandibulei în regiunea mentonieră, o proeminenţă, tegumentele acoperite nu sunt schimbate în culoare, palpator regiunea este indoloreă. În cavitatea bucală se atestă lipsa erupţiei dinţilor 32, 42, dinţii 41, 31 prezintă o mobilitate sporită de gradul I, indolori la percuţie, palpator formaţiunea elastică, mucoasa acoperită nu este schimbată în culoare, puţin violacee. Formaţiunea se extinde de la dintele 84 până la dintele 32 (Fig. 1, 2).

Radiologic la CBCT are contur bine conturat cu extinderea în aspect vestibular şi lingual de la dintele 33 până la dintele 43 de consistenţă asemănătoare la ţesuturile moi (Fig. 3, 4).

În urma biopsiei s-a diagnosticat formaţiunea histopatologică: Granulom giganto-celular, placa osoasă cu aspect de normă cu focare de proliferare a osteoblastelor (Fig. 5, 6).

În urma rezultatului histopatologic cu diagnosticarea a GCGC şi luând în consideraţie creşterea rapidă a formaţiunii s-a luat decizia de a înlătura tumorul sub protecţie de anestezie generală cu acces endo-oral prin incizia mucoperiostului transulcular şi vestibular de la d 44 până la d 34. Odată cu delimitarea tumorului s-au înlăturat şi doi incisivi centrali cu localizarea intra-tumorală (Fig. 7, 8).



Figura 1



Figura 2

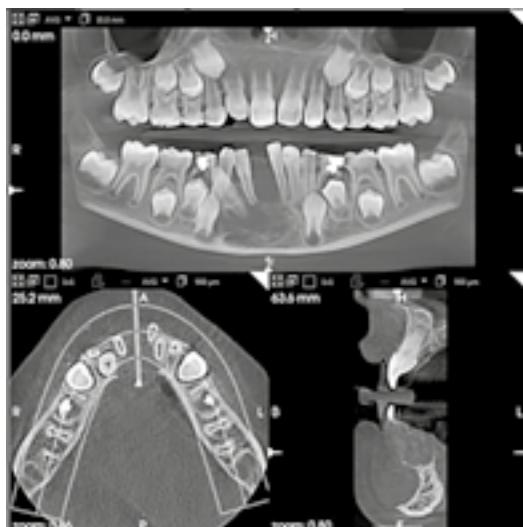


Figura 3

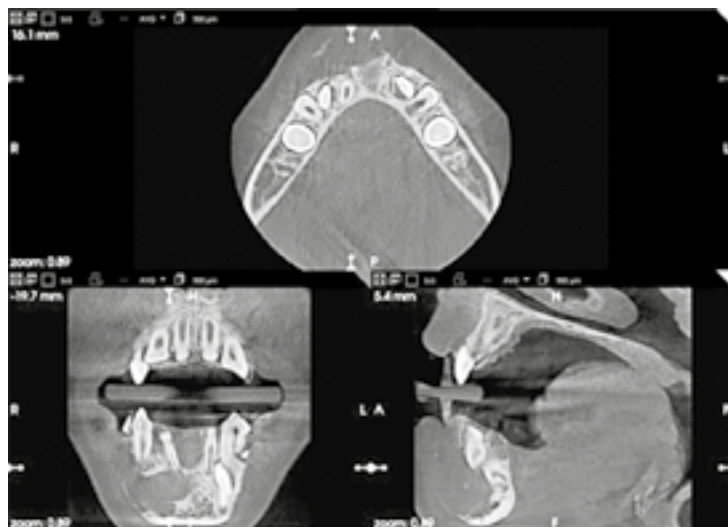


Figura 4

Caz clinic nr 2. Pacienta de 13 ani s-a adresat cu dureri în regiunea mandibulei și febră până la 38°C, la locul de trai inițial a fost tratată ca proces inflamator, însă după periostomie s-a luat biopsia și a fost îndreptată la tratament în staționar. La momentul adresării la examen obiectiv se atestă asimetrie a

etajului inferior a feței în regiunea mentonieră, tegumentele acoperitoare ușor tensionate fără modificări patologice. Intraoral mucoasa hiperemiată, tensionată în regiunea dinților 31-43 vestibular și lingual, palpator se atestă o tumefiere semidură, dură. Radiologic se atestă o formațiune cu marginile bine

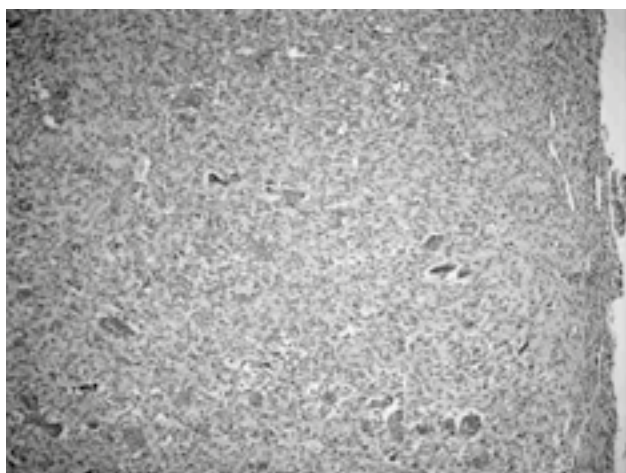


Figura 5

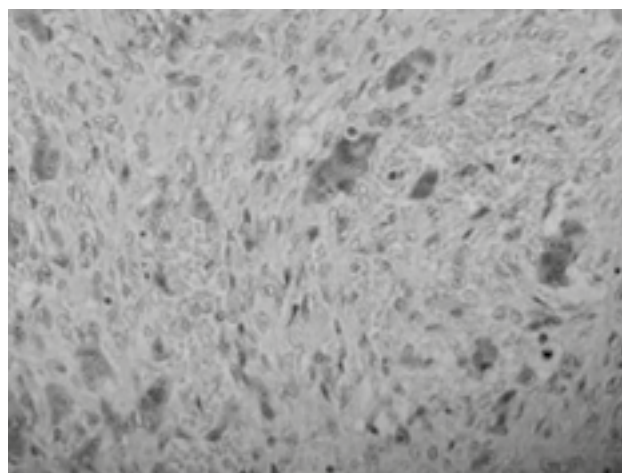


Figura 6

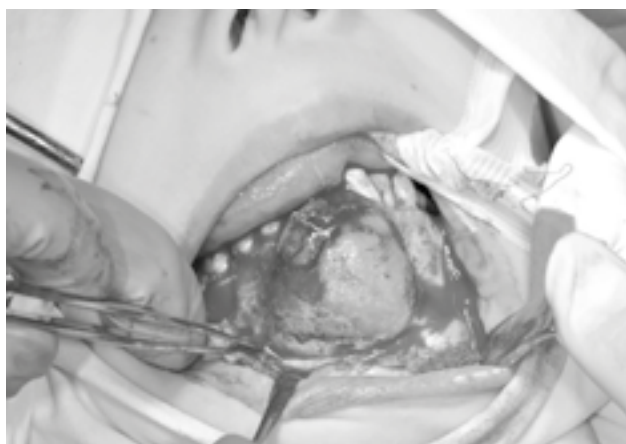


Figura 7 Aspect intraoperator a tumorii

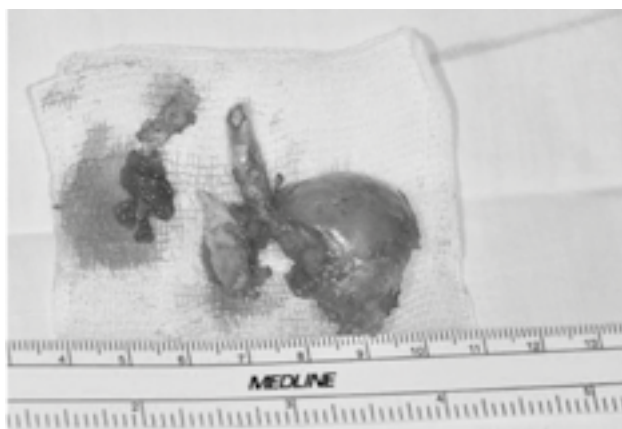


Figura 8 Tumorul și dinții implicați

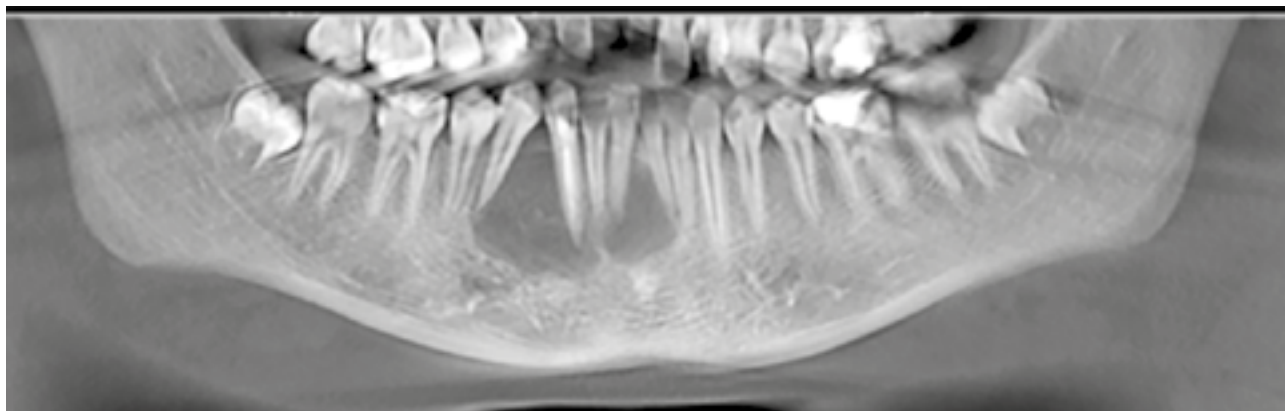


Figura 9 OPG

limitate în regiunea dinților 43-44 cu extinderea în regiunea dinților 32-42, marginile nedeterminate cu extindere spre regiunea mentonieră, dinții 32-44 implicați în formațiune deplasați (Fig. 9, 10).

S-a luat decizia de înlăturarea radicală a formațiunii cu acces exo-oral sub protecție de anestezie generală organomenajant cu păstrarea marginii inferioare a mandibulei (Fig. 11, 12.).

Tumorul cu component tisular de 7 cm în diametru și dinții implicați, etapa de suturarea plăgii (Fig. 13, 14).

Rezultate. Diagnosticul primului caz clinic a fost confirmat repetat histopatologic: Tumoare benignă

giganto-celulară a mandibulei. Periferic se atestă focare mici de trabecule osoase hemosiderofagi solitari (Fig. 15, 16).

La distanță de un an postoperator în urma examinărilor clinice și CBCT nu s-a depistat recidivă (Fig. 17). Pacienta urmează tratament de reabilitare ortodontic.

Diagnosticul la al doilea caz clinic a fost confirmat, rezultatul microscopic și concluzia histopatologică: Tumoare Giganto-celulara Osteogenă predominant osteoclastogenă (celule gigante cu un număr mare de nuclee care sunt agregate central asemănătoare osteoclastului) distribuite între celulele stromale monocitare (rotunde, ovale sau

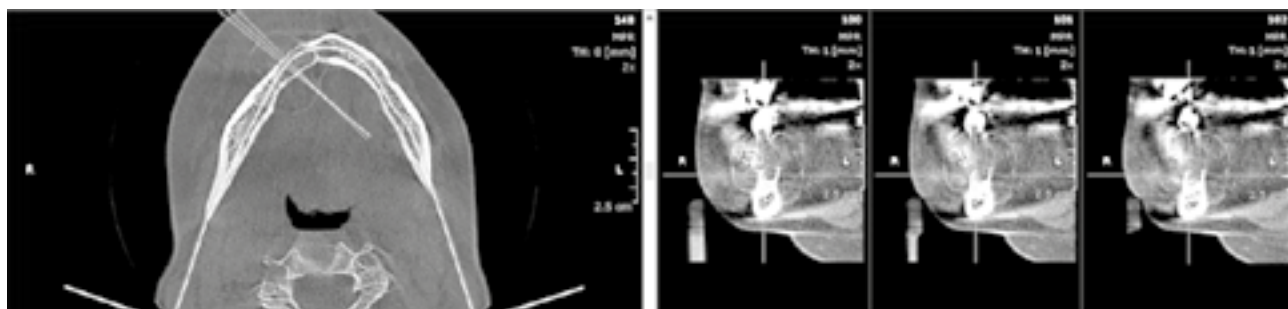


Figura 10 CBCT

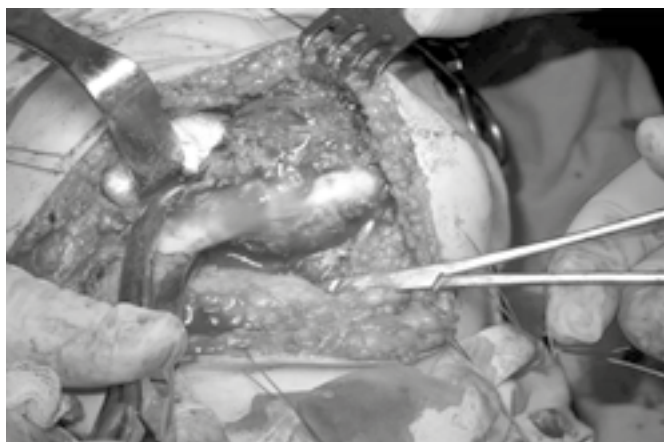


Figura 11 Formațiunea expusă

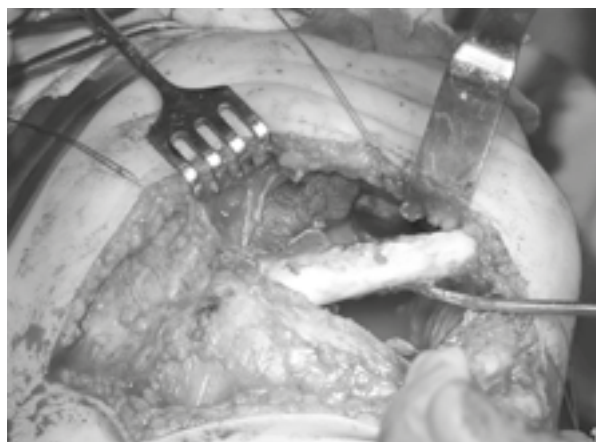


Figura 12 Păstrarea marginii mandibulei

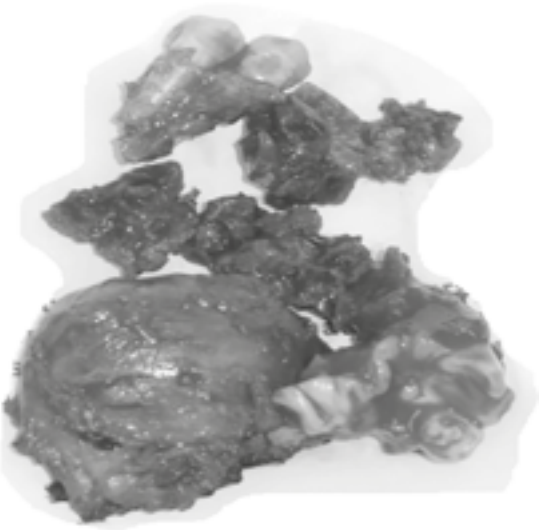


Figura 13

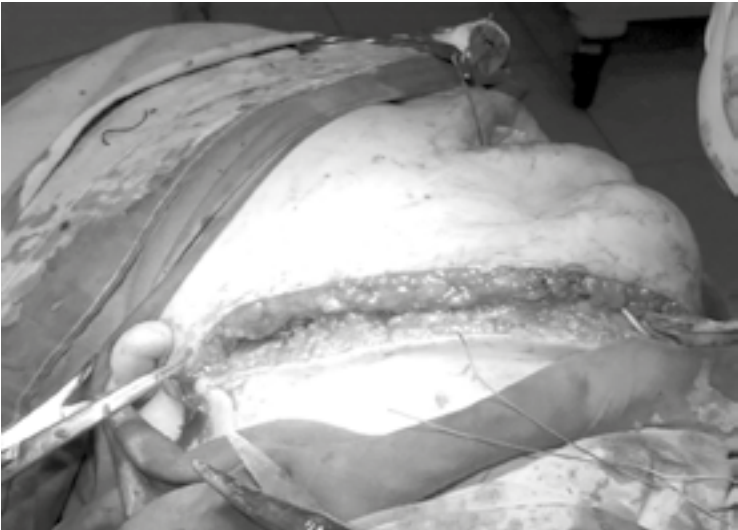


Figura 14

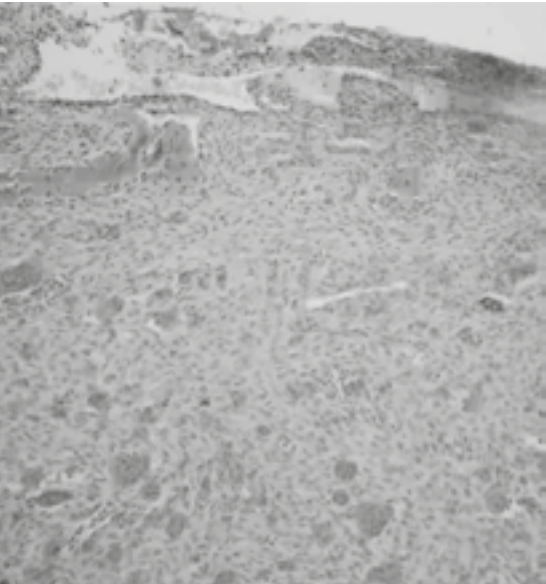


Figura 15

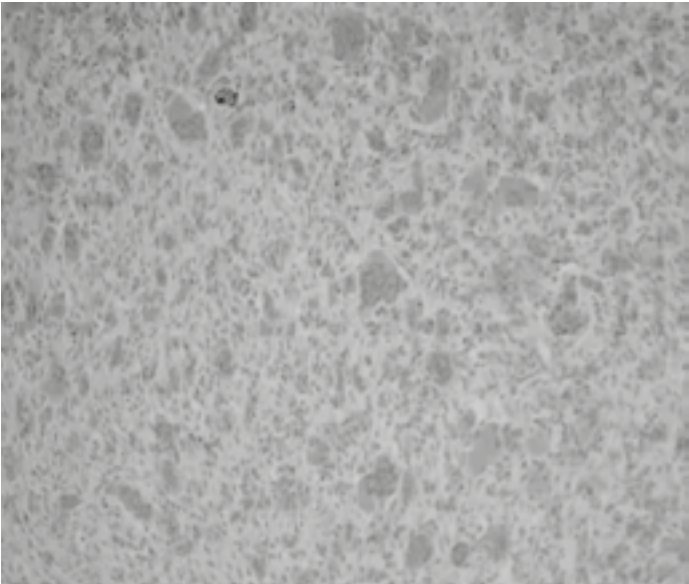


Figura 16

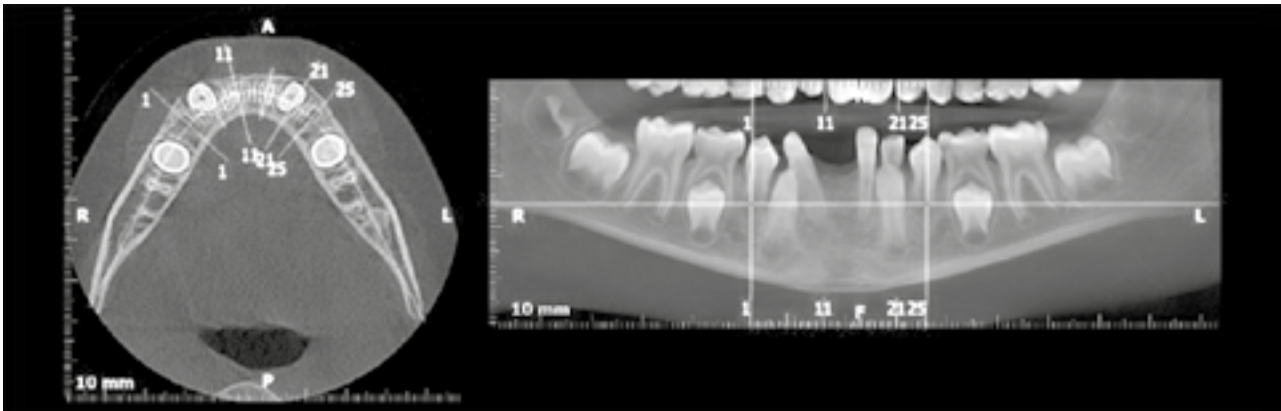


Figura 17

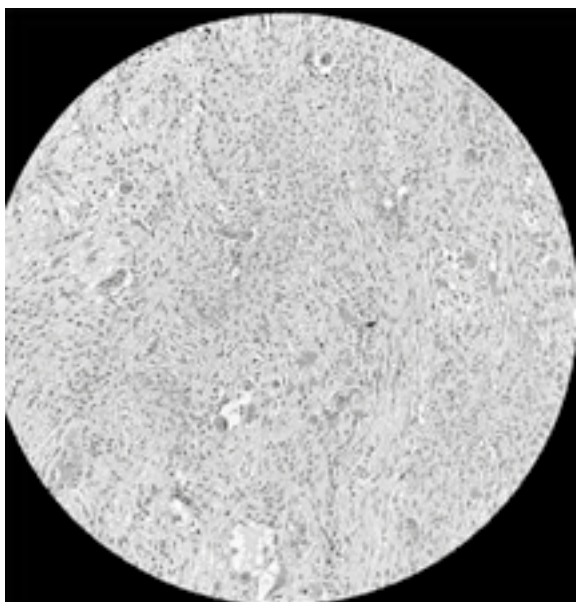


Figura 18

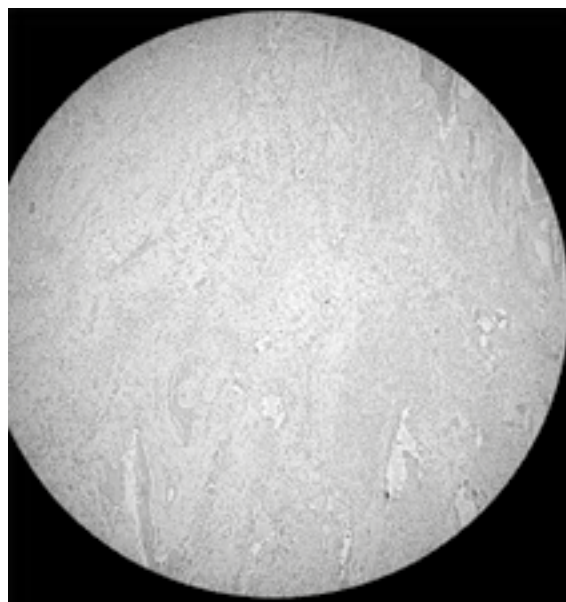


Figura 19

poligonale). Arii de necroza cu formare de cavități chistice și hemoragie intratumorală. Tumoarea este cert delimitată prin țesut fibros (Fig. 18, 19). În decurs de 6 luni recidivă nu a fost depistată, continuă reabilitarea.

Discuții. Conform datelor din literatura de specialitate, GCGC este mai răspândit în segmentele anterioare ale maxilarelor decât în cele posterioare, traversând deseori linia mediană (50%). Mandibula este mai frecvent afectată decât maxilarul superior și se limitează la zonele maxilarelor [3, 5, 7]. În cazurile prezentate de noi, GCGC implică zona dentară a mandibulei în regiunea liniei mediane. Alte studii, realizate de De Lange și colab. (2007), Kamble și colab. (2016) raportează implicări pe partea dreaptă a mandibulei [3, 6]. Managementul GCGC rămâne o problemă dificilă și frustrantă pentru chirurgii OMF. Deși aceste tumori rareori se metastazează, sunt agresive și distructive la nivel local și au o rată de recuren-

ță ridicată. Mai mult, nu există markeri biologici disponibili pentru a prezice comportamentul clinic, iar tehnicile histologice standard nu ajută clinicianul să determine prognosticul [9].

Concluzii

GCGC constituie tumori benigne, dar ocazional pot fi leziuni agresive care se dezvoltă la nivelul maxilarelor. Deși chiuretajul simplu este eficient în tratamentul majorității GCGC a maxilarelor, leziunile agresive trebuie tratate prin rezecție chirurgicală împreună cu chiuretaj. Paralel cu intervenția chirurgicală, o abordare nouă o constituie terapia cu corticosteroizi intralezionali. Necâtând la faptul că GCGC constituie o maladie rar întâlnită, considerăm oportun încurajarea unor studii suplimentare pentru a clarifica etiopatogeneza bolii și a diferitelor modalități de tratament și, de asemenea, pentru a crea conștientizare în rândul colegilor noștri profesioniști.

Bibliografie

1. Jaffe H.L. *Giant-cell reparative granuloma, traumatic bone cyst, and fibrous (fibro-osseous) dysplasia of the jawbones*. Oral Surgery, Oral Med. Oral Pathol., 1953; 6(1):159–175.
2. Bredell M., Rordorf T., Kroiss S. et al. *Denosumab as a Treatment Alternative for Central Giant Cell Granuloma: A Long-Term Retrospective Cohort Study*. J. Oral Maxillofac. Surg., 2018; 76(4):775–784.
3. Kamble K., Guddad S., Lingappa A. *Central giant cell granuloma: A case report with review of literature*. J. Indian Acad. Oral Med. Radiol., 2016; 28(1):98.
4. Neville C., Brad W., Damm D., Allen M., *Oral and Maxillofacial Pathology*, 2016; 4th edition: 584-587.
5. Jadu F., Pharoah M., Lee L et al. *Central giant cell granuloma of the mandibular condyle: A case report and review of the literature*. Dentomaxillofacial Radiol., 2011; 40(1):60–64.
6. De Lange J., Van den Akker H., Van den Berg H., *Central giant cell granuloma of the jaw: a review of the literature with emphasis on therapy options*. Oral Surgery, Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endodontology, 2007; 104(5): pp. 603–615.
7. Kruse-Lösler B., Diallo R., Gaertner C. et al. *Central giant cell granuloma of the jaws: A clinical, radiologic, and histopathologic study of 26 cases*. Oral Surgery, Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endodontology. 2006; 101(3): 346–354.

8. Rawashdeh M., Bataineh A., Al-Khateeb T. *Long-term clinical and radiological outcomes of surgical management of central giant cell granuloma of the maxilla*. Int. J. Oral Maxillofac. Surg., 2006; 35(1):60–66.

9. Kaban L., Troulis M., Ebb D. et al. *Antiangiogenic therapy with interferon alpha for giant cell lesions of the jaws*. J. Oral Maxillofac. Surg., 2002; 60(10):1103–1111.

CZU: 616.831-006.483-053.2

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.2-70.19>

EPENDIMOM ANAPLAZIC (Caz clinic)

¹Anatolii LITOVCECO, dr. hab. în biologie,

²Ala BAJUREA, conf. univ., dr. șt. med., ¹Maxim SULA

¹IMSP Institutul Mamei și Copilului, șef secției Neurochirurgie,

²Catedra Neurochirurgie Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

e-mail: ala.bajurea@usmf.md

Proiectul „Chirurgia modernă personalizată în diagnosticul și tratamentul complex al tumorilor la copii”.

Rezumat.

Autorii prezintă un caz clinic de ependimom anaplastic la un copil de 6 ani cu clinica de sindrom de hipertensiune intracraniană cu hidrocefalie evolutivă și sindrom cerebelos-atactic. Investigația prin CT și RMN cerebral cât și a histologiei au avut importantă esențială în stabilirea tratamentului multimodal.

Cuvinte-cheie: ependimom anaplastic, hidrocefalie, histologie, tratamentul multimodal.

Summary. Anaplastic ependymoma

The authors present a clinical case of anaplastic ependymoma in a 6-year-old child with the clinical manifestations of intracranial hypertension syndrome with evolutionary hydrocephaly and cerebellar-atactic syndrome. CT and brain MRI investigation as well as histology were essential in establishing multimodal treatment. 11 references, 3 pictures.

Key-words: anaplastic ependymoma, hydrocephaly, histology, multimodal treatment.

Резюме. Анапластическая эпендимома.

Авторы представляют клинический случай анапластической эпендимомы у 6-летнего ребенка с клиникой синдрома внутричерепной гипертензии с прогрессирующей гидроцефалией и мозжечково-атактическим синдромом. Исследование с помощью КТ и МРТ головного мозга и гистологии имело большое значение при установлении мультимодального лечения. Библ. – 11, картин. – 3.

Ключевые слова: анапластическая эпендимома, гидроцефалия, гистология, мультимодальное лечение.

Introducere. Tumorile cerebrale ale sistemului nervos central constituie 2,5-3,5 la 100 000 de copii anual și, prin urmare, contribuie la o parte majoră a practicii zilnice în oncologie pediatrică [2]. După leucemiile acute limfoblaste, tumorile primare ale sistemului nervos central ocupă locul 2 ca frecvență a malignităților în pediatrie [3]. Tumorile cerebrale sunt extrem de heterogene în ceea ce privește țesutul, localizarea, modul de răspândire, manifestări clinice și vârsta apariției (de la perioada neonatală până la adolescență). Frecvența tumorilor intracerebrale la copii în spațiul post-sovietic, s-a mărit considerabil după catastrofa de la Cernobîl, Ucraina, de

la 3,7‰ până la 4,1‰ [10]. O creștere ușoară a frecvenței tumorilor cerebrale la copii se raportează și de alte țări. Italia de la 2,0 până la 5,0 ‰ [5]. În Anglia, Germania, Elveția și în alte țări ale Europei de Vest de la 2.4-4.0‰ [9]. În SUA anual sunt diagnosticate în jur de 1100-2000 cazuri de tumori primare intracerebrale la copii, ce corespunde cu 2,3-2,7‰ [8].

Raportăm tumorile cerebrale internate în clinica noastră în perioada 2010-2018 cu clasificarea descriptivă bazată pe examenul histopatologic, care este elementul de bază pentru gestionarea adecvată a tumorilor intracerebrale la copii. Meduloblastoame